

支 給 支 払 決 議 書		常務理事	事 務 長		担 当
支 給 額		円	資 格 取 得	年	月 日
支 給 内 訳	法定	円	資 格 喪 失	年	月 日
	付加	円	支払年月日	年	月 日

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

提出日 8 年 4 月 1 日

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被 保 険 者 証	記号	00	被保険者の氏名 (申請者)		健保 太郎 印	
		番号	00000	生 年 月 日	昭・平・令	60 年 5 月 1 日	
	被保険者の住所 (申請者)	〒351-8503 埼玉県朝霞市幸町×ー×ー××					
		Tel048-4××-××××					
	事業所の名称	株式会社××新電元					
	申請が被扶養者 に関するもので あるとき	氏 名		生 年 月 日		続 柄	
		健保 花子		昭・平・令		2 年 4 月 1 日	妻
	傷 病 名	骨 折		発病又は負傷 の年月日		令和 1 年 7 月 1 日	
						入院 外来	
	発病又は負傷の 原因	旅行中に転倒、右下肢を骨折					
	診療を受けた病院等 の名称及び 所在地	名 称	新電元総合病院		医 師 の 氏 名	○× △△	
		住 所	埼玉県飯能市○○ △△ー××				
	診療の期間又は 装具を装着した 日	令和 1 年 7 月 1 日から		20 日間	診療に要 した費用 の額	000,000 円	
		令和 1 年 7 月 20 日まで					
		※ 装具装着の場合は装着日をご記入下さい					
診療の内容	骨折部をギブスにより固定						
療養の給付を受け ることができ なかった理由	旅行先からの帰宅途中の為保険証を持参しておらず、急患として受診						
第三者の行為によ って負傷した ものであるか否 か	ある	第三者の行 為によっ て負傷した ときは	第三者の氏名				
	ない		第三者の住所				
振込先金融機関	☑マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。						
	●上記以外は、届出いただいている口座へお振込みいたします。 →お届け頂いていない場合は別途「健康保険給付金振込先届」にて申請ください。						
☑本申請書の提出を事業所へ委任します。(委任する場合は☑) ※任意継続被保険者についてはチェック不要							